Conduite à tenir devant un couple infertile

Introduction

- On parle de fécondité lorsque l'individu a conçu. Le contraire est l'infécondité, qu'elle soit volontaire ou involontaire.
- Un individu fertile est un individu apte à concevoir.
- L'infertilité est définie par l'OMS comme « l'incapacité d'un couple à parvenir à une conception et à mener à bien une grossesse à terme après un an ou plus de rapports sexuels réguliers et non protégés. »
- L'infertilité est dite "primaire" lorsqu'il n'y a jamais eu de grossesse.

- Globalement, la cause de stérilité est :

1-d'origine féminine dans environ 30% des cas,

2- d'origine masculine dans environ 20% des cas

3-d'origine mixte dans environ 40% des cas.

4-La stérilité reste inexpliquée dans un peu moins de 10% des cas.

Physiologie de la reproduction

- Bien que nous ne connaissions pas encore tous les facteurs qui permettent d'aboutir à une fécondation, certains sont bien cernés.

Chez la femme, il faut :

- une ovulation régulière, de qualité correcte,
- des trompes bien perméables,
- un appareil génital permettant les RS complets, et donc le contact spermatozoïdes-glaire,
- une glaire cervicale de bonne qualité,
- une muqueuse utérine réceptive, propre à la nidation

Chez l'homme, il faut :

- un testicule normal,
- une sécrétion normale de FSH et de testostérone,
- un liquide séminal de bonne qualité, donc une prostate et des vésicules séminales fonctionnant bien,
- l'absence d'anomalies de l'épididyme, des déférents, des canaux éjaculateurs,
- l'absence d'anomalies de l'éjaculation (éjaculation rétrograde).

Chez le couple, il faut :

- des rapports complets, à intervalles assez rapprochés pour que l'un d'entre eux intervienne dans la période de fécondabilité de la femme.

Comment conduire la première consultation d'un couple pour stérilité

Anamnèse

- Elle doit être complète et méthodique
- Pour chacun des membres du couple, il faut demander :
- l'âge car la baisse de la fécondité intervient dès 35 ans chez la femme et de façon plus tardive mais néanmoins réelle chez l'homme,
- la profession : notion d'exposition à la chaleur, aux pesticides....,
- les antécédents familiaux et notamment l'existence de difficultés de conception chez d'autres membres de la famille,
- les antécédents personnels médicaux à la recherche d'une maladie chronique (diabète par exemple) ou d'un antécédent de maladie infectieuse traitée (tuberculose ou oreillons par exemple),
- les antécédents chirurgicaux extra-génitaux : appendicectomie compliquée...,
- la fréquence des rapports sexuels, les troubles de la sexualité,
- la consommation de tabac, alcool et autres drogues.

- Pour la femme :
- les antécédents gynéco-obstétricaux sont détaillés : âge des premières règles, longueur du cycle, syndrome prémenstruel, durée des règles, mode de contraception utilisé antérieurement, grossesses antérieures et leur issue (IVG, fausse-couche spontanée, GEU, accouchement), notion d'infection génitale basse ou haute (salpingite),
- les examens déjà pratiqués, leurs résultats ; les explorations chirurgicales avec si possible le compte-rendu opératoire ; les traitements déjà prescrits, leur tolérance et les résultats,

- Pour l'homme :
- les antécédents andrologiques sont également détaillés : développement de la puberté, notion de traumatisme testiculaire ou d'intervention chirurgicale sur la bourse, antécédents d'infections urinaires ou génitales (modalités de diagnostic et traitement),
- la notion d'une cure chirurgicale pour hernie inguinale, éventuellement bilatérale est relevée (risque de ligature du canal déférent lors du geste si intervention dans l'enfance),

Examen clinique

Chez la femme,

- Etude du morphotype (rapport poids-taille ; pilosité à la recherche d'un hirsutisme ou à l'opposé d'une dépilation),
- Inspection du périnée, à la recherche d'une malformation,
- Examen au speculum pour apprécier le vagin, le col et la glaire par rapport à la date des dernières règles,
- Toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l'utérus ; masse latéro-utérine),
- Examen des seins et aires ganglionnaires de drainage (nodules, galactorrhée provoquée uni ou bilatérale, uni ou pluricanalaire),
- Palpation de la thyroïde (augmentation de volume ?).

Chez l'homme :

- Etude du morphotype et de la pilosité,
- Examen des organes génitaux externes (taille des testicules, palpation de l'épididyme, du déférent, recherche d'une varicocèle),
- Toucher rectal (consistance et sensibilité de la prostate,
- Rechercher une gynécomastie.

- Au terme de cette première consultation, le diagnostic de stérilité est confirmé ou différé.
- Certaines causes de non fécondation sont dépistées comme :
- des rapports sexuels en dehors de la période de fécondabilité de la femme par méconnaissance de la physiologie. Il suffit alors de réexpliquer à l'aide d'une courbe ménothermique éventuellement la période optimale pour une grossesse,
- l'absence de rapports sexuels, dont les causes sont variées. Il faut alors en premier lieu faire le bilan de cette probélmatique.

- **En l'absence de facteurs d'orientations, quel bilan paraclinique de première intention proposer ?**

Pour apprécier le versant féminin :

- Une courbe ménothermique.
- L'échogrphie pelvienne (ovarienne et utérine)
- L'hystérosalpingographie.
- le bilan hormonal comporte l'évaluation au troisième ou au quatrième jour du cycle de FSH, LH et oestradiol plasmatiques

Pour apprécier le versant masculin

- Un spermogramme et un spermocytogramme.
- Il doit être effectué dans de bonnes conditions : après 3 à 5 jours d'abstinence et au laboratoire de biologie. Une anomalie de la spermatogenèse doit être confirmée sur 2 prélèvements à 3 mois d'intervalle
- Une spermoculture complète l'examen, à la recherche de germes banals. La recherche de chlamydiae trachomatis est plus volontiers effectuée sur les urines,

NORMES OMS 2010 (WHO 2010 5IèME Ed)

	WHO 2010	WHO 1999	Définition de l'anomalie
pH		7,2 - 8	
Volume	1,5 – 6 ml	2 – 6 ml	Hypospermie hyperspermie
Numération	15 – 200 10^6 /ml (> 40 10^6 /éjaculat)	20 – 200 10^6 /ml (> 40 10^6 /éjaculat)	Azoospermie cryptozoospermie Oligozoospermie polyspermie
mobilité	(a + b) ≥ 30 %	(a + b) ≥ 50 %	asthénozoospermie
vitalité	≥ 58 %	≥ 60 %	nécrospermie
morphologie	≥ 4 % f. typiques (classif de kruger)	≥ 30 % f. typiques (classif de David)	tératozoospermie
leucocytes	< 1. 10^6 /ml		

- A l'issue de ce premier bilan,
- Soit l'ensemble des examens est satisfaisant et une orientation thérapeutique est proposée.
- Soit une anomalie est détectée, qui peut générer des examens de deuxième intention :
- échographie pelvienne,
- coelioscopie,
- hystéroscopie,
- biopsie d'endomètre,

Causes d'infertilité féminine

1. Les anovulations ou dysovulations
2. Infertilité d'origine tubaire
3. Infertilité d'origine utérine
4. L' Endométriose

Causes d’infertilité masculine

- Principales causes d'infertilité chez l'homme
- - L'azoospermie
- - L'oligo-asthéno-tératospermie (OATS)

- On peut distinguer 2 formes distinctes d'azoospermie:
- - L'absence de production des spermatozoïdes par les testicules. On parle, dans ce cas, d'**azoospermie "sécrétoire" ou "non obstructive"**.

- Les azoospermies sécrétoires :

Tableau I.3.8. Classification des azoospermies non obstructives, en fonction des résultats d'une biopsie testiculaire

1. Hypospermatogenèse
Idiopathique
Cryptorchidie
Médicaments, traitement cytotoxique
Irradiation
Maladies systémiques
Hypogonadisme hypogonadotrophique

2. Arrêt de maturation
Idiopathique (probablement d'origine génétique)

3. Aplasie germinale (syndrome des cellules de Sertoli seules)
Idiopathique
Traitement cytotoxique
Irradiation
Microdélétion du chromosome Y
Autres anomalies génétiques

4. Sclérose des tubules séminifères
Syndrome de Klinefelter
Lésion vasculaire/torsion testiculaire
Orchite virale (oreillons)

- Les azoospermies excrétoires :

Tableau I.3.9. Classification de l'azoospermie obstructive par obstruction canalaire due à des causes congénitales et acquises

1. Obstruction épididymaire	
Forme congénitale	Obstruction épididymaire idiopathique
Formes acquises	Post-infectieuse (épididymite) Post-chirurgicale (kystes épididymaires)
2. Obstruction du canal déférent	
Formes congénitales	Absence congénitale des canaux déférents
Formes acquises	Post-vasectomie Post-chirurgicale (hernie, chirurgie scrotale)
3. Obstruction du canal éjaculateur	
Formes congénitales	Kystes prostatiques (kystes müllériens)
Formes acquises	Post-chirurgicale (chirurgie du col vésical) Post-infectieuse